

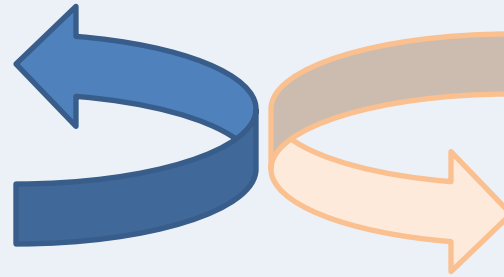
Sesión Clínica de Cuidados



Plan de cuidados de un paciente
durante el trasplante autólogo

Charo Ortega Carrión

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal



1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

1. Presentar un caso

Varón, 30 años

Abril 2006: Diagnosticado de Linfoma de Hodking

Marzo 2009: Ingresa en la unidad para TMO, cuidador principal su madre.

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

2. Valoración

Datos personales
Nombre:
NHC:
NSS:
F. nacimiento:
Edad:
Sexo:
Centro de salud:

Episodio
Hospital: Hospital General
Unidad: 1º Sur (Hematog,TAMO)
Cama: 143-1|S1P1
Diagn. médico:
F. ingreso: 08/05/2009-12:07:00
Días de ingreso: 12
PC: * PCE HEMATOLÓGICO**
Enf. referente: Mª del Rosario Ortega Carrión (mrortegac)

Visor Histórico



Valoración inicial

es
s

 Incidencias UPP

Observación

 Hoja de observaciones

 Registro de 24 horas

 Registro de constantes

 Gráficas de constantes

Alta

 Resumen de cuidados

 Informe de continuidad de cuidados

 Agenda

 Datos de episodio

 Eliminar cuidados

 Cerrar

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal



DATOS DEL PAC

Nombre y Apellidos:

Teléfono: 954643524

Fecha Ingreso: 24/03/2

Unidad: 1ª Sur (Hemat

Motivo de ingreso:

HODGKIN, ESCLERO

Cuidador (Parentesco)

NECESIDAD DE I

- Es fumador.
- Desea dejar de fum
- Frecuencia respirat
- Frecuencia cardíac
- Presión arterial má
- Presión arterial mín
- OBSERVACIONES DE LA NECESIDAD DE NECESIDADES: El paciente necesita apoyo emocional y su salud personal mientras le prescriben parches de nicotina.

NECESIDAD DE ALIMENTACION/HIDRATACION

- y otras dietas: normal.
- Consumo de líquidos diarios: Menos de 500cc.
- Capacidad funcional para la alimentación: Completamente independiente.
- Apetito: Normal.
- Peso: 62.400Kg.
- Talla: 1.81m.

NECESIDAD DE ELIMINACION

- Número de deposiciones al día: 1.
- Tipo de heces: Formada.

NECESIDAD DE MOVILIZACION

- Situación habitual: Deambulante.
- Capacidad funcional para la actividad/movilidad: Completamente independiente (actividades de la vida diaria o autocuidados).
- Actividad física habitual: Pasea diariamente.

VALORACION INICIAL

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:

Teléfono: 954643524

Fecha Ingreso: 24/03/2009

Unidad: 1ª Sur (Hematog;TAMO)

Motivo de ingreso:

HODGKIN, ESCLEROSIS NODULAR TORAX

Cuidador (Parentesco): m. carmen (madre)

Centro de Salud:

cerro del aguila

Fecha Nacimiento: 06/04/1979

Edad: 29 años

Cama: 145-1|S1P1

Procedencia:

CE

diaria

o

- Estado de la visión: Deficiente.
- Estado del oído: Sin alteración.
- Su cuidador principal es: Familia.

NECESIDAD DE VALORES/CREENCIAS

- Religión: Católico.

NECESIDAD DE OCIO

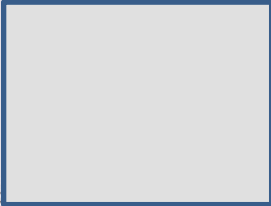
- La lectura.
- OBSERVACIONES DE LA NECESIDAD DE OCIO: informática.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Sin alteración observada.

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

2. Valoración

Datos personales		Episodio	
Nombre:		Hospital:	Hospital General
NHC:		Unidad:	1ª Sur (Hematog,TAMO)
NSS:		Cama:	143-1 S1P1
F. nacimiento:		Diagn. médico:	
Edad:		F. ingreso:	08/05/2009-12:07:00
Sexo:		Días de ingreso:	12
Centro de salud:		PC:	* PCE HEMATOLÓGICO**
		Enf. referente:	Mª del Rosario Ortega Carrión (mrortegac)
		 Visor Histórico	

Valoración	
 Valoración inicial	 Cuestionarios de valoración
 Diagnóstico enfermero	
 Incidencias UPP	

Observación			
 Hoja de observaciones	 Registro de 24 horas	 Registro de constantes	 Gráficas de constantes

Alta	
 Resumen de cuidados	 Informe de continuidad de cuidados

 Agenda	 Datos de episodio	 Eliminar cuidados	 Cerrar
--	---	---	--

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal



ESCALAS DE VALORACION

Test de Fargerstön: Dependencia de la Nicotina

Puntuación 7==> Dependencia moderada- alta

- < 4= dependencia baja
- 4 – 7 = dependencia moderada
- > 7 = dependencia alta

Test de Richmön : Test de motivación para dejar de fumar

Puntuación 10==> Alto deseo de dejar el tabaco

- 0 – 3 = Nulo
- 4 – 5 = Dudoso
- 6 – 7 = Necesidad de ayuda
- 8 – 10= Alto

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

3. Diagnóstico

Datos personales
Nombre:
NHC:
NSS:
F. nacimiento:
Edad:
Sexo:
Centro de salud:

Episodio
Hospital: Hospital General
Unidad: 1ª Sur (Hematog,TAMO)
Cama: 143-1|S1P1
Diagn. médico:
F. ingreso: 08/05/2009-12:07:00
Días de ingreso: 12
PC: * PCE HEMATOLÓGICO**
Enf. referente: Mª del Rosario Ortega Carrión (mrortegac)

Visor Histórico

Diagnóstico
enfermero

loraciones
steriores

Incidencias UPP

Observación

Hoja de
observaciones

Registro
de 24 horas

Registro
de constantes

Gráficas
de constantes

Alta

Resumen
de cuidados

Informe de continuidad
de cuidados

Agenda

Datos de episodio

Eliminar cuidados

Cerrar

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal



Diagnóstico
enfermero

1. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos e inmunosupresión
(24 marzo)

2. Conocimientos deficientes r/c falta de exposición (24 marzo)

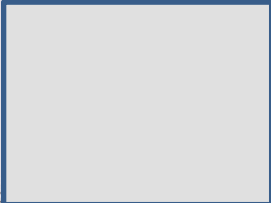
No se activa:

Ansiedad r/c exposición a toxinas –tabaco-; cambio en el entorno;
amenaza en el estado de salud

3. Temor r/c procedimientos hospitalarios , CVC. (24 marzo)

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

3. Diagnóstico

Datos personales		Episodio	
Nombre:		Hospital:	Hospital General
NHC:		Unidad:	1ª Sur (Hematog,TAMO)
NSS:		Cama:	143-1 S1P1
F. nacimiento:		Diagn. médico:	
Edad:		F. ingreso:	08/05/2009-12:07:00
Sexo:		Días de ingreso:	12
Centro de salud:		PC:	* PCE HEMATOLÓGICO**
		Enf. referente:	Mª del Rosario Ortega Carrión (mrortegac)  Visor Histórico

Valoración

 Valoración inicial	 Cuestionarios de valoración	 Valoraciones posteriores	 Incidencias UPP
--	---	--	---

Diagnóstico y plan de cuidados

 Diagnóstico enfermero	 Requerimientos
---	--

Observación

 Hoja de observaciones	 Registro de 24 horas	 Registro de constantes	 Gráficas de constantes
--	---	---	---

Alta

 Resumen de cuidados	 Informe de continuidad de cuidados
---	--

 Agenda	 Datos de episodio	 Eliminar cuidados	 Cerrar
--	---	---	--

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal



1. Tabaquismo:

NIC: Manejo de la medicación tópica (*Parches de nicotina 21mcg*)

2. Tratamiento de quimioterapia:

NIC: Manejo de la quimioterapia

Manejo de la náuseas y vómitos

Vigilancia

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

4. Planificación / 5. Evaluación

Datos personales
Nombre:
NHC:
NSS:
F. nacimiento:
Edad:
Sexo:
Centro de salud:

Episodio
Hospital: Hospital General
Unidad: 1ª Sur (Hematog,TAMO)
Cama: 143-1|S1P1
Diagn. médico:
F. ingreso: 08/05/2009-12:07:00
Días de ingreso: 12
PC: * PCE HEMATOLÓGICO**
Enf. referente: Mª del Rosario Ortega Carrión (mrortegac)

Visor Histórico

Valoración

Valoración inicial

Cuestionarios de valoración

Valoraciones posteriores

Incidencias UPP

Diagnóstico y plan de cuidados

Diagnóstico enfermero

Requerimientos

Observación

Hoja de

Registro

Registro de constantes

Gráficas de constantes

Resumen de cuidados

Agenda

Datos de episodio

Eliminar cuidados

Cerrar

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

4. Planificación / 5. Evaluación



Resumen
de cuidados

RESUMEN DE CUIDADOS

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:

Cama: 145-I|SIP1

00004 Riesgo de infección r/c:	Fecha				Escala Likert (a): 1: Extremadamente comprometido
00148: Temor r/c: X Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales X Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p.ej. hospitalización, procedimientos hospitalarios, etc.) m/p expresa sentirse asustado Código A/R	Fecha 24/3	3/4	10/4	15/4	Escala Likert (n): 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno
Intervenciones de Enfermería (NIC)					Criterios de resultados (NOC)
5340 Presencia	X	X	X		Fecha 24/3 3/4 10/4 15/4
4640 Ayuda en el control del enfado	X				☐ 1210 Nivel de miedo (n)
7760 Ayuda en la exploración	X	X	X		Preocupación por la fuente del miedo 1 3 4 4
					Temor verbalizado 1 3 5 5

- Descripción del proceso de la enfermedad. (24/03/2009:3 - 05/04/2009:3)

- Descripción de los signos y síntomas. (24/03/2009:3 - 05/04/2009:3)

Conocimiento: procedimientos terapéuticos

- Descripción del procedimiento terapéutico (24/03/2009:2 - 05/04/2009:2)

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

4. Planificación / 5. Evaluación



Resumen
de cuidados



Requerimientos

30 marzo: Prurito r/c Melfalan: Manejo del prurito
31 marzo: Refiere no necesitar parches de nicotina
3 abril: Deposiciones semiblandas: Manejo de la diarrea
5 abril: Dolor abdominal: Manejo del dolor
9 abril: Dolor de garganta: Restablecimiento de la mucosa oral
7-8-9-10-11 abril: Administración de productos sanguíneos
10 abril: Tratamiento de la fiebre

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

5. Evaluación

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Recomendaciones al alta del paciente hematológico:

Evitar aglomeraciones y lugares cerrados

Evitar la exposición directa al sol

Y si T^a mayor de 38°C acudir a su médico...

Observaciones:

El 25 de marzo: Test de Fargerstön = 7

El 31 de marzo : Test Fargerstön = 4, al alta = 3 y aconsejamos control por su centro de salud.

3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación

3. Diagnóstico / 4. Planificación / 5. Evaluación

24 Marzo

00146 Ansiedad r/c.: ☐ Retirada de subclavia ☐ Amenaza en el entorno ☐ Conflicto inconsciente sobre los valores de la vida m/p los compulsiva, dificultad respiratoria, aumento de sudoración, movimientos extraños, expresión de preocupaciones debidas a acontecimientos vitales, temor Código A/R	Fecha				Escala Likert (m): 1: Nunca manifestado 2: Raramente manifestado 3: En ocasiones manifestado 4: Con frecuencia manifestado 5: Manifestado constantemente																																										
	14/4	15/4																																													
	A	A																																													
Intervenciones de Enfermería (NIC)					Criterios de resultados (NOC)																																										
6160 Intervención en caso de crisis	X	X			<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Fecha</th><th>14/4</th><th>15/4</th><th></th><th></th></tr> <tr> <td colspan="6">☐ 1302 Superación de problemas (m)</td></tr> <tr> <td colspan="6">Verbaliza aceptación de la situación</td></tr> <tr> <td colspan="6">Modifica el estilo de vida cuando se requiere</td></tr> <tr> <td colspan="6">☐ 1402 Control de la ansiedad (m)</td></tr> <tr> <td colspan="6">Busca información para reducir la ansiedad</td></tr> <tr> <td colspan="6"></td></tr> </table>	Fecha		14/4	15/4			☐ 1302 Superación de problemas (m)						Verbaliza aceptación de la situación						Modifica el estilo de vida cuando se requiere						☐ 1402 Control de la ansiedad (m)						Busca información para reducir la ansiedad											
Fecha		14/4	15/4																																												
☐ 1302 Superación de problemas (m)																																															
Verbaliza aceptación de la situación																																															
Modifica el estilo de vida cuando se requiere																																															
☐ 1402 Control de la ansiedad (m)																																															
Busca información para reducir la ansiedad																																															
4920 Escucha activa	X	X																																													
5230 Aumentar el afrontamiento	X	X																																													
5480 Clarificación de valores	X	X																																													

14 Abril

1. Presentar un caso
2. Valoración
3. Diagnóstico
4. Planificación
5. Evaluación
6. Discusión grupal

6. Discusión grupal

2. Los profesionales de enfermería *debemos estar capacitados* para manejar correctamente estas situaciones .

Bibliografía

1. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008
2. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera edición. 2007.
3. Bulechek G, Butcher H. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). Quinta edición. 2008.
4. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#PT1

Sesión Clínica de Cuidados



Plan de cuidados de un paciente
durante el trasplante autólogo

Charo Ortega Carrión